



Ministerio de **Salud Pública**

Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células - **INDOT**

**SEGUIMIENTO POST TRASPLANTE RENAL
(POST TRASPLANTE INMEDIATO)**

VERSIÓN: 01

PUBLICADO EN ANÁLISIS BORRADOR OBSOLETO

FECHA: 15-06-2015

CÓDIGO: RG-INDOT-190

PÁGINA: 1 de 2

TRAZABILIDAD:

DATOS DEL PACIENTE RECEPTOR:

FECHA DEL REPORTE: DÍA / MES / AÑO

TIPO DE COBERTURA: RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD (RPIS) INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL (IESS) SEGURO CAMPESINO (IESS)
 INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS (ISSFA) INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DE LA POLICIA NACIONAL (ISSPOL) PRIVADA:

Médico responsable del seguimiento:

Institución trasplantadora:

Apellidos y nombres: Cédula:

Lugar de nacimiento: Fecha: DÍA / MES / AÑO Nacionalidad: Edad:

Provincia: Dirección domiciliaria: Teléfono:

ÓRGANO TRASPLANTADO - Riñón Derecho: Riñón Izquierdo: Renopancreas:

Etiología de la insuficiencia renal: _____

ESTADO DEL RECEPTOR AL MOMENTO DEL TRASPLANTE: TX_1er RETRASPLANTE N°

DIÁLISIS (PRETRASPLANTE) HEMODIALISIS PERITONEAL ANTICIPADO

Antropométricos: Peso:Kg. Talla: cm. IMC: DIURESIS RESIDUAL:

COMORBILIDADES: HTA OBESIDAD DISLIPIDEMIA DM
 OTROS: _____

Exámenes: _____

Creatinina: _____

Serología relevante: _____

Observaciones: _____

ABO: _____

Riesgo inmunológico: BAJO MEDIO ALTO

COMPATIBILIDAD:

HLA COMPLETO DEL DONANTE:

HLA COMPLETO DEL RECEPTOR:

P.R.A | I | II | MISS MARCH: | CROSS MATCH:

OTROS ANTICUERPOS

Observaciones: _____

DATOS DEL PACIENTE:

CÓDIGO:

DONANTE CADAVERÍCO: DONANTE VIVO RELACIONADO: PARENTEZCO/RELACIÓN:

Edad en años: Peso: kg. Género: F M Talla cm.

Causa de muerte:

Equipo de procuración:

Serología relevante:

ABO: _____

DOCUMENTO VÁLIDO ÚNICAMENTE CON SELLOS Y FIRMAS AUTORIZADAS

ESTE DOCUMENTO SE DEBE LLENAR CON TINTA AZUL Y LETRA IMPRENTA NO SE PERMITE RECTIFICACIONES, MANCHONES Y TACHONES



Ministerio de **Salud Pública**

Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células - **INDOT**

**SEGUIMIENTO POST TRASPLANTE RENAL
(POST TRASPLANTE INMEDIATO)**

VERSIÓN: 01

PUBLICADO EN ANÁLISIS BORRADOR OBSOLETO

FECHA: 15-06-2015

CÓDIGO: RG-INDOT-190

PÁGINA: 2 de 2

RELACIONADOS CON EL ACTO QUIRÚRGICO DE IMPLANTE DE INJERTO:

Apellidos y nombres del cirujano:

Hora de inicio de la cirugía: Hora de clampeo:

Tiempo IF horas/minutos: Tiempo IC minutos:

Hora de reperusión: Hora de finalización de la cirugía:

Biopsia pre implante SI NO

Variantes anatómicas: SI NO

HALLAZGOS QUIRÚRGICOS:

ESTADO DEL PACIENTE POST OPERATORIO A LA FECHA DE REPORTE: PACIENTE VIVO: SI NO

DÍA MES AÑO

FALLECIMIENTO DEL RECEPTOR: Fecha:

Motivo:

ESTADO DEL INJERTO POST OPERATORIO A LA FECHA DE REPORTE:

FUNCIONANTE: SI NO DIURESIS: SI NO VOLUMEN

DÍA MES AÑO

LLÉNESE EN CASO DE PÉRDIDA DEL INJERTO: Fecha de pérdida:

Causa:

LABORATORIO:

FECHA:	DÍA/MES/AÑO	DÍA/MES/AÑO	DÍA/MES/AÑO	DÍA/MES/AÑO	DÍA/MES/AÑO
CREATININA:					

LEUCOCITOS PLAQUETAS TGO GGT

HB INR TGP BILIRRUBINA T___ D___ I___

HCTO TP FA ALBUMINA

CL BUN NA K

Biopsia:

NECESIDAD DIALITICA POSTRASPLANTE: SI NO Número de diálisis realizadas:

OTROS:

ANTIVIRALES:

INMUNOSUPRESION:

ANTIBIOTICOTERAPIA:

PLASMAFERESIS:

COMPLICACIONES CLÍNICO QUIRÚRGICAS:

COMENTARIOS DEL TRASPLANTE:

DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN: ESTADO DONANTE: ESTADO RECEPTOR:

MÉDICO RESPONSABLE SEGUIMIENTO:

NOMBRE:
C.I.